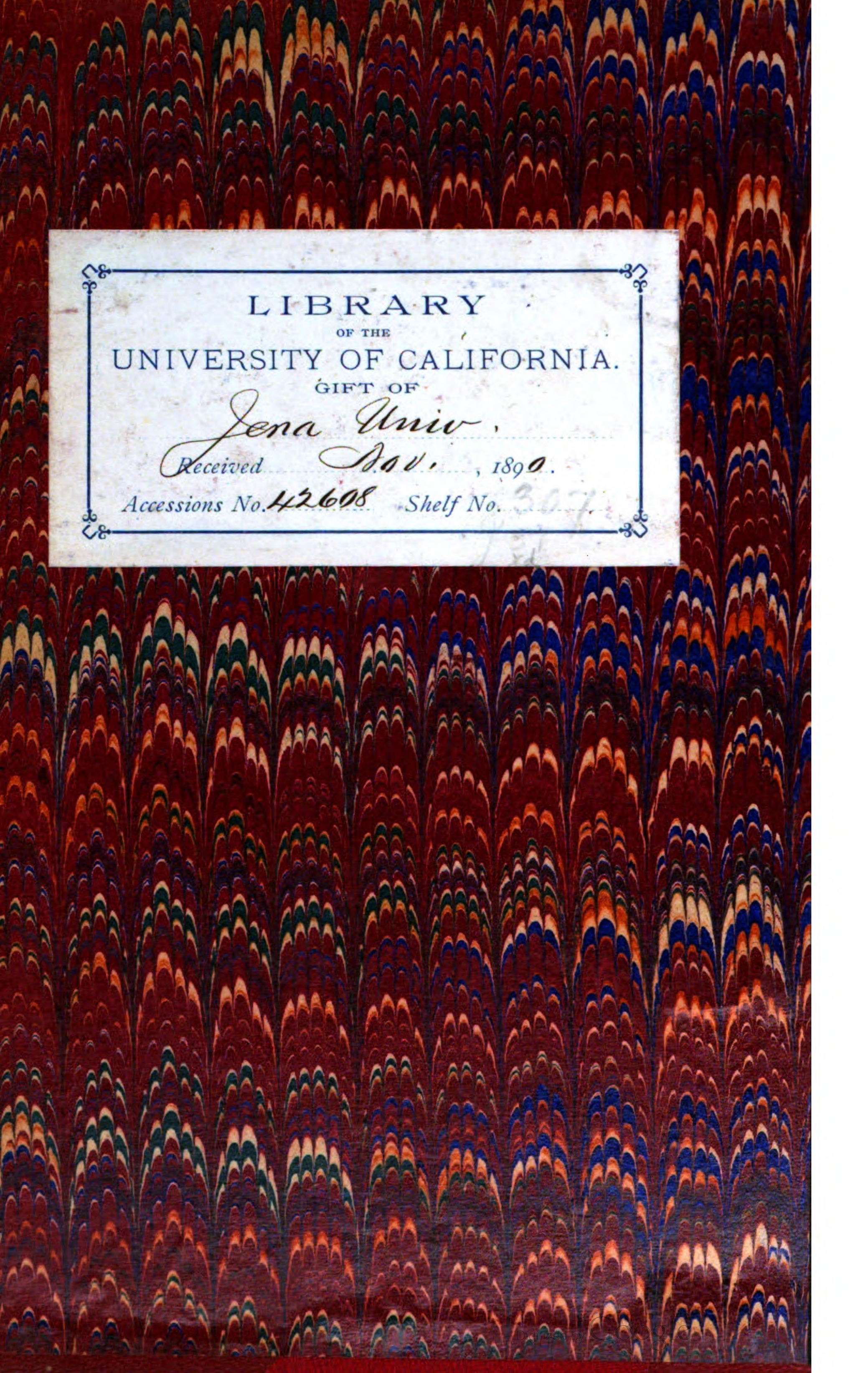



LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF CALIFORNIA.
GIFT OF
Jena Univ.
Received Nov., 1890.
Accessions No. 42608 Shelf No.



ÜBER EINEN FALL

VON

BLUTUNGEN IN DIE GALLENWEGE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT DER GESAMMT-UNIVERSITÄT JENA

VORGELEGT VON

JOHANNES MONSE,

PRAKT. ARZT.

LEIPZIG,

DRUCK VON J. B. HIRSCHFELD.

1889.

Genehmigt von der medicinischen Fakultät auf Antrag des Herrn Geh. Hofraths Professor Dr. W. Müller.

Jena, den 17. August 1889.

Prof. Gärtner, d. Z. Dekan.

Hyperämische und entzündliche Zustände der Gallenwege können öfters kleine Blutextravasate in das Gewebe der Schleimhaut oder auch frei in die Höhle der Gallenwege setzen; sie werden aber stets ohne klinische Bedeutung bleiben. Dagegen gehören beträchtliche Blutergüsse in die Gallenwege gewiss zu den seltensten Erscheinungen. In klinischer Beziehung bleiben auch letztere fast stets latent, ausser in den Fällen, wo die Blutung eine so massenhafte ist, dass Haematemesis und blutige Stühle sie verrathen könnten. Man muss aber alsdann bestimmt ausschliessen, dass benannte Blutungen aus dem Darmkanal stammen, während gewisse Symptome von der Leber aus, wie Schmerzen im Bereich der Leber und deren Vergrösserung, starker Icterus, prall gefüllte Gallenblase sie als aus den Gallenwegen stammend vermuthen lassen. Stets wird uns jedoch erst die Sektion ein klares Bild schaffen. Wie solche Blutungen entstehen, darüber können nur Vermuthungen aufgestellt werden, da in dem bis jetzt vorliegenden Material nichts die Quelle der Blutung bestimmt verräth; auch in dem von mir jetzt zu beschreibenden Fall lässt sich sowohl makroskopisch als mikroskopisch nichts sicher als Ursache der Blutung bezichtigen.

G. K., Fabrikarbeiter zu M., 39 Jahre alt, giebt an, als Kind an Diphtheritis, während seiner Militärzeit einmal an einer Erkrankung des rechten Ohres gelitten zu haben. Im December 1885 traten bei dem Patienten zum ersten Male die Erscheinungen der Gelbsucht auf, die jedoch zeitweise vergingen. Erst

am 15. Februar 1886 begab sich Patient in ärztliche Behandlung, ohne jedoch seine Beschäftigung aufzugeben. Gegenwärtig fühlt er sich äusserst matt und klagt über Schmerzen im Abdomen. Sexuelle Erkrankung war nach seiner Angabe nie vorhanden, doch wird starker Alkoholgenuss zugestanden. Appetit ist vermindert und Stuhl neigt zur Obstipation.

Bei seiner Aufnahme in das allgemeine Krankenhaus zu München am 21. März 1886 bot Patient folgenden Status praesens dar:

Der Körper ist kräftig entwickelt, doch abgemagert; die Conjunctiva bulbi ist intensiv gelb gefärbt, die Haut des ganzen Körpers citronenfarbig, im Gesicht fast braun. Die Temperatur ist leicht febril und beträgt 38°. Der Puls ist voll in einer Frequenz von 114.

Die physikalische Untersuchung zeigt den Spitzenstoss des Herzens etwas diffus im 5. Intercostalraum, deutlich fühl- und sichtbar. Die Herztöne sind dumpf, doch rein; die Herzdämpfung ist verkleinert. Die Lunge zeigt keinerlei pathologischen Befund. Das Abdomen ist in mässigem Grade aufgetrieben und meteorisirt, die Bauchdecken sind gespannt. Die Leberdämpfung beginnt an der 4. Rippe und überragt um circa 1 Cm. den Rippenbogen. Unterhalb des Rippenbogens fühlt man eine circa fünfmarkstückgrosse resistente, auf Druck schmerzhafte Stelle, welche wohl auf einen Tumor zu beziehen ist.

Der Urin ist von beinahe schwarzer Färbung, hat ein specifisches Gewicht von 1005, reagirt sauer und ist eiweissfrei; doch enthält er erhebliche Mengen von Gallenfarbstoff.

Am Abend beträgt die Temperatur 37,8°. Patient bekommt einen Einlauf.

Status praesens vom 22. März:

Die Morgentemperatur beträgt 38°. Patient hat auf Oleum Ricini einen Stuhlgang gehabt. Die Beschaffenheit der Faeces ist lettartig und übelriechend.

Während der folgenden 4 Tage erhält Patient Inf. Sennae und hat täglich etwa 7 Entleerungen. Das Allgemeinbefinden ist ziemlich schlecht. Die Nacht verbringt Patient fast schlaflos. Die Temperatur schwankt zwischen 38 und 39°.

Status praesens vom 27. März:

Der Meteorismus ist stärker geworden; die Lebergegend ist auf Druck äusserst schmerzhaft. Die Temperatur beträgt am Morgen 38,2°, Abends 38,9°. Inf. Sennae wird weiter gegeben.

Während der nächsten 3 Tage hat sich das Allgemeinbefinden noch mehr verschlechtert; der Tumor hat Hühnereigrösse erreicht, schmerzt aber bei Druck weniger als zu Anfang. Ausserdem ist eine Vergrösserung der Milzdämpfung zu constatiren.

Die Temperatur schwankt zwischen 37,5° und 39°.

Status praesens vom 31. März:

Patient hat die Nacht gar nicht geschlafen und fühlt sich ausserordentlich matt.

Die Temperatur beträgt früh 38°.

Um 10 Uhr Vormittags erfolgt ein starker Frostanfall und darauf eine Temperatursteigerung bis zu 39°. Der Frostanfall wiederholt sich nicht.

Abends beträgt die Temperatur 39,4°. Patient klagt über Uebelkeit und Schwindelgefühl.

Morgens 2 Uhr erfolgt Exitus letalis.

Die klinische Diagnose lautete: Cirrhosis hepatis, Icterus gravis.

Die Sektion, welche 7½ Stunden nach dem Tode erfolgte, ergab Folgendes:

Die Musculatur und das Fettgewebe der mittelgrossen, kräftig gebauten Leiche sind mässig entwickelt; auf dem Rücken finden sich zahlreiche Todtenflecke. Todtenstarre ist nicht vorhanden; am rechten Trochanter ist ein von einem Schorf bedeckter fünfmarkstückgrosser Decubitus sichtbar. Die Haut des ganzen Körpers, ebenso die Schleimhäute sind hochgradig ikterisch verfärbt; ebenso zeigt das subcutane Fettgewebe, das nur eine geringe Stärke hat, gelbgrüne Verfärbung. Die Muskeln des Thorax sind von blass röthlich-brauner Färbung.

Bei Eröffnung des Abdomens entleert sich aus demselben eine trübe, röthlich-gelbe, mit einem Stich ins Grüne versehene Flüssigkeit, die nicht übelriechend ist. Die Leber überragt in

der Mittellinie den Rippenbogen um 3 Querfinger; das grosse Netz, ziemlich fettreich, nach oben umgeschlagen, zeigt wie alle Gewebe intensive Gelbfärbung. Im kleinen Becken findet sich etwa 1 Liter oben beschriebener Flüssigkeit, dazwischen dicke, gelblich gefärbte Gerinnsel. Am Rande des Rippenbogens, etwa in der Mamillargegend, wölbt sich die prall gespannte Gallenblase etwa in der Grösse eines Apfels hervor.

Nach Eröffnung der Brusthöhle findet sich die Lunge mässig contrahirt; der Herzbeutel liegt im Umfang einer kleinen kindlichen Handfläche vor.

Die linke Lunge ist mit der Thoraxwand oben, aussen und hinten verwachsen. In der linken Pleuraseite findet sich wenig, getrübte, seröse Flüssigkeit. Die Lunge ist von normalem Volumen und Gewicht. Die Pleura zeigt bindegewebige Auflagerungen und ist milchig getrübt; an einzelnen Stellen finden sich subpleurale Petechien, an der Lungenspitze oberflächliche Verdichtungen mit Schrumpfung des Gewebes. Der Oberlappen ist mit dem Unterlappen verwachsen. Das Gewebe desselben ist von schwach ikterischer Färbung, der Saftgehalt ist vermehrt, der Luftgehalt gehörig. Der Unterlappen ist durchweg lufthaltig, zeigt vermehrten Saftgehalt und schwach ikterische Färbung. Gegen die Basis dieses Lappens, unmittelbar unter der Pleura, sitzt ein erbsengrosser Lungenstein.

In den grösseren Bronchien findet sich schaumig-blutiger, schleimiger Inhalt. Die Schleimhaut selbst ist geröthet und geschwellt, die Lungenarterie ist leer, die Intima gelblich verfärbt. Die Bronchialdrüsen sind stark pigmentirt und etwas vergrössert.

Die rechte Lunge ist nach aussen und oben mit dem Herzbeutel verwachsen. In der rechten Pleuraseite findet sich wenig ähnlicher Inhalt als linkerseits. Die Lunge ist von normalem Volumen und Gewicht.

An der Spitze des Oberlappens sieht man eine oberflächlich gelegene cirrhotische Verdichtung des Gewebes mit einem Lungenstein. Die Pleura ist mit bindegewebigen Auflagerungen bedeckt und getrübt; an vielen Stellen findet man subpleurale Petechien. Das Gewebe des Oberlappens ist lufthaltig, ikterisch gefärbt,

von vermehrtem Saft- und gehörigem Blutgehalt. Der Mittellappen verhält sich wie der Oberlappen. Der Unterlappen schneidet sich derb, zeigt höheren Blutgehalt, verhält sich aber im Uebrigen wie der Unterlappen der linken Lunge.

Ebenso ist die Beschaffenheit der Bronchien, der Lungenarterie und der Bronchialdrüsen wie linkerseits.

Im Herzbeutel findet sich etwa ein Esslöffel voll klare, ikterisch gefärbte Flüssigkeit. Die Ventrikel sind gefüllt, der linke contrahirt, der linke Vorhof beinahe leer.

Das Herz ist von mittlerer Grösse. Ueber dem rechten Ventrikel findet sich eine ziemlich starke Fettauflagerung und ein fünfmarkstückgrosser Sehnenfleck. Das Epicard ist milchig getrübt; im rechten Vorhof sind Speckgerinnsel von ikterischer Färbung und Cruor in grosser Menge. Der Vorhof ist von gehöriger Weite, die Intima blutig imbibirt und ikterisch gefärbt. Im rechten Ventrikel findet sich Gerinnsel von mässiger Menge, etwa hühnereigross. Der Endocard ist gehörig, ebenso die Pulmonalklappen. Die Tricuspidalis ist für 3 Finger durchgängig, die Segel sind normal. Die Höhe des rechten Ventrikels beträgt 10 Cm., seine Dicke 0,5, der Pulmonalumfang 7,3 Cm.

Im linken Ventrikel sind sparsame Fibringerinnsel. Er besitzt die gehörige Weite, doch ist die Musculatur brüchig, das Endocard getrübt. Die Aortenklappen sind leicht verdickt und etwas mit einander verwachsen. Der Anfangstheil der Aorta zeigt beginnende Einlagerung von gelben Flecken; die Mitralis ist für 2 Finger durchgängig, ihre Segel sind normal. Die Papillarmuskeln des linken Ventrikels sind etwas verkürzt, die Intima des linken Vorhofes ist blutig imbibirt. Die Höhe des Ventrikels beträgt 8,9 Cm., seine Dicke 1,6, der Aortenumfang 6,6 Cm.

Die Leber ist an ihrer Oberfläche, namentlich am linken Lappen mit dem Zwerchfell verwachsen; ebenso bestehen zwischen Magen und Unterfläche der Leber Verwachsungen. Sie ist in allen Durchmessern vergrössert, namentlich im tiefen und zeigt eine unregelmässig höckrige Oberfläche. Ihr Gewicht beträgt 2000 Grm. Die Kapsel ist getrübt und namentlich über dem linken Lappen mit Schwarten versehen. Am vorderen

Umfang des rechten Lappens ragen bläulich-roth gefärbte Stellen hervor, auch auf der Unterfläche desselben Lappens. Das Gewebe schneidet sich derb, ist dunkel-olivengrün, zeigt deutliche Granulationen; aus der durchschnittenen Mündung der Gefässe, besonders an der Grenze der Lappen ragen bräunlich-rothe Blutgerinnsel hervor. In den Gallengängen finden sich einzelne Pfröpfe von grünlich-gelber Galle.

Die Gallenblase hat den Umfang eines grossen Apfels und ist zu einer länglichen, wurstartigen Bildung verändert. Ihre Wand ist hämorrhagisch infiltrirt, gespannt und verdünnt. Sie ist gefüllt mit etwa 75 Grm. geronnenen Blutes und Fibringerinnsels. Die Schleimhaut ist an zahlreichen Stellen imbibirt, von Hämorrhagien durchsetzt, offenbar an einzelnen Stellen erodirt.

Der Ductus cysticus ist erheblich verengt und im Ductus hepaticus finden sich Blutgerinnsel.

Die Milz ist etwa um die Hälfte vergrössert. Ihre Kapsel ist glatt, stellenweise verdickt und getrübt. Das Parenchym schneidet sich weich und ist bräunlich-gelb, das Gerüst ist deutlich, Consistenz und Blutgehalt sind gering.

Der Magen ist von gehöriger Grösse; in ihm findet sich äusserst wenig schleimiger Inhalt. Die Schleimhaut ist leicht gefaltet und gewulstet.

Der Wurmfortsatz ist frei.

Im Duodenum findet sich blutig aussehende, mit Schleim überzogene, gerinnselartige Bildung. Die Schleimhaut ist geschwellt, auf der Höhe der Falten hochgradig injicirt und theilweise pigmentirt. Nach unten zu nimmt die Röthung und Schwellung der Schleimhaut allmälig ab.

Die Umgebung und Einmündung des Ductus choledochus in das Duodenum ist hochgradig geschwellt und aus der Mündung desselben hängt ein ähnlicher Pfropf heraus, wie die oben beschriebenen, im Duodenum sich befindlichen Massen. Beim Aufschneiden zeigt sich der Gallengang ganz erfüllt von einer Masse dunkel geronnenen Blutes; daneben findet sich viel dunkles, flüssiges Blut. Die Schleimhaut ist injicirt, das Lumen des Gallenganges bis zum Durchmesser eines kleinen Fingers ausgedehnt.

Im Dünndarm finden sich grosse Mengen bräunlich-grünlichen Inhalts, offenbar theilweise aus Blut bestehend.

Die Schleimhaut ist blass, an den Falten pigmentirt; die Follikel sind sichtbar.

Ein ähnlicher Inhalt ist im Dickdarm in geringer Menge.

Die Schleimhaut ist stark pigmentirt, von grau-grünlicher Färbung.

Die linke Niere hat eine spärliche Fettkapsel, die fibröse Kapsel ist leicht abziehbar. Die Oberfläche der Niere ist glatt, von gelb-grünlichem Ton. Das Parenchym hat eine vollständig grünlich-gelbe Färbung.

Auf der Schnittfläche, namentlich der Rindensubstanz, sind zahlreiche grüne Punkte und Streifen. Der Blutgehalt ist vermindert, ihre Consistenz gehörig.

Die rechte Niere verhält sich ähnlich wie die linke, nur ist die fibröse Kapsel etwas adhärenter.

Die Schleimhaut der Nierenkelche ist hämorrhagisch infiltrirt.

Die anatomische Diagnose lautete: Cirrhose der Leber, Icterus sämmtlicher Organe, ausgedehnte Blutergüsse in die Gallenblase, Gallengänge und Thrombenbildung in den Lebergefässen. Ascites, beginnende Peritonitis.

Das Mikroskop weist nichts Neues nach, sondern bestätigt nur den makroskopischen Befund. Der Inhalt der Gallenblase, des Duodenums und der grossen Gallengänge zeigt theils geschrumpfte, theils erhaltene rothe Blutkörperchen, zahlreiche Fibringerinnsel und einzelne Hämatoidincrystalle. Nach Anfertigung von Schnittpräparaten von Leber und Niere fand ich ausgedehnte Cirrhose der Leber, Verdickung der Gefässwandungen in der Leber und zahlreiche Gallenfarbstoffpfröpfe in den Harnkanälchen.

Fassen wir kurz das Bild dieses Falles zusammen, so sehen wir, dass ein im kräftigsten Alter stehender Mann an den Erscheinungen des Icterus erkrankt, der im Vergleich zu der jedenfalls auf Alkoholmissbrauch beruhenden Lebercirrhose aussergewöhnlich heftig ist, so dass die im Leben zu palpirende

Gallenblase einen bösartigen Tumor vermuthen liess. Die Sektion ergiebt Cirrhose der Leber und starken Icterus aller Organe, als Todesursache Thromben in den Lebervenen und ausgedehnte Blutergüsse in die Gallenblase und Gallengänge.

Wenn man nun nach der Ursache dieser Blutungen und Thrombenbildung frägt, so lassen sich nur, da uns auch die Sektion und mikroskopische Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte geben, Vermuthungen aufstellen.

Quinquaud*), der einen ähnlichen Fall citirt, konnte eine ausgesprochene Entzündung der Gallenkanäle nachweisen, eine Cholangitis, von der es freilich zweifelhaft blieb, ob sie eine primäre oder consecutive war.

Der 31 jährige Kranke schien mehrere Anfälle von Gallensteinkolik überstanden zu haben, als er 6 Monate nach dem letzten vermuthlichen Anfall mit heftigen Schmerzen in der Lebergegend erkrankte. Icterus bestand bereits längere Zeit und am 3. Tage nach dem Eintritt der heftigen Leberschmerzen traten reichliche blutige Stühle auf, welche sich während des 14 tägigen Krankenlagers fast täglich ein oder mehrere Male wiederholten. Am 8. Tage verlor Patient sogar 1 Liter Blut und empfand heftigen Schmerz bei Druck in der Gegend der Gallenblase. Die Leber schien nicht vergrössert, der Puls schwankte meist zwischen 100 und 120, die Temperatur zwischen 38° und 39°.

Nach diesem starken Blutverlust trat rasch fortschreitende Abmagerung und starke Entkräftigung ein; Ohnmachtsanfälle, heftige Schweisse und reichlicher Blutabgang aus dem Darm brachten den Patienten so herab, dass nach 14 tägigem Krankenlager der Tod eintrat.

Die Autopsie ergab Folgendes:

Der Magen ist stark ausgedehnt und enthält schwarze, kaffeesatzartige Flüssigkeit; das Duodenum ist mit Blutgerinnseln und Schleim gefüllt; das Diverticulum Vateri und der Endtheil des Ductus choledochus enthalten einen 25 Grm. schweren Blutpfropf. Die stark ausgedehnte Gallenblase ist angefüllt mit

*) Les hemorrhagies des voies biliaires.

Gerinnseln von mehr oder weniger verändertem Blut, die ein Gewicht von 135 Grm. haben. Der Ductus hepaticus, cysticus und choledochus erscheinen stark verdickt (durch letzteren läuft das Blut aus der Gallenblase in den Darm). Die Leber ist beträchtlich vergrössert und wiegt 2850 Grm. Sie ist blutarm, von grünlichem bis gelbfleckigem Aussehen. Die Gallengänge enthalten Blutgerinnsel, die in den grösseren Ausführungsgängen bald schwärzlich, bald chocoladefarben, bald geronnen oder krümelig, bald flüssig oder schmierig sind.

Bei Druck drängen sich aus allen angeschnittenen Gallengängen Pfröpfe von solch zersetztem Blut hervor. Die Gallengänge sind also mit Blut fast überfüllt, während die Blutgefässe völlig leer sind. Ein Zusammenhang der Gallengänge mit den Gefässen lässt sich nicht finden. Was die Gallengänge selbst anlangt, so sind sie bis zu den kleinsten fast auf Fingerdicke erweitert; ihre Wandung ist durch Bindegewebswucherung verdickt; neben starker Vascularisation lassen sich zahlreiche Ecchymosen constatiren. Doch sind Ulcerationen oder Narbenbildungen nicht zu eruiren.

Mikroskopisch findet man zahlreiche Leucocythen in der verdickten Wandung der Kanäle.

Der Darm ist angefüllt mit schwarzrothem Blut, dessen Menge wohl den Tod des Patienten herbeiführen konnte. Die Wand des Darmkanals ist pathologisch nicht verändert.

Beide Fälle erscheinen für den Augenblick einander sehr gleich, so dass es wohl nahe liegt, sie sowohl klinisch als anatomisch mit einander zu vergleichen.

Bei beiden im blühenden Mannesalter stehenden Patienten besteht Icterus, Schmerzen in der Lebergegend und Gegend der Gallenblase, Abmagerung, tiefe Erschöpfung; bei beiden haben wir während eines 14tägigen Krankenlagers gleiche Pulsfrequenz (100—120) und gleiche Temperaturhöhe (38—39°). Bei letzterem fehlt der Frostanfall unmittelbar vor dem Tode und bei ersterem die Darmblutungen. Doch ist damit nicht ausgesprochen, dass diese nicht noch hätten eintreten können. In letzterem Falle war allerdings von Seiten der Leber kein Grund für den Icterus

vorhanden, während in ersterem die Diagnose auf Cirrhose nahe lag.

Anatomisch gehen beide Fälle mehr auseinander. Neben der Cirrhose finden wir in ersterem Falle in der Leber die Gefässe thrombosirt, die Gallengänge jedoch mit Galle gefüllt. In letzterem Falle sind die Blutgefässe der Leber vollständig leer, dagegen die Gallengänge erweitert und mit Blutgerinnseln strotzend gefüllt. Die grossen Gallengänge und die Gallenblase sind in beiden Fällen mit demselben Inhalt, nämlich mit Blut und Gerinnseln, ausgestopft.

Quinquaud weiss in seinem Bericht über den angeführten Fall die Ursache der Blutung nicht anzugeben.

In dem von mir beschriebenen Falle könnte man an die Gallenblase als den Blutungsherd denken, da bei der Sektion einzelne Stellen der Schleimhaut der Gallenblase erodirt gefunden wurden.

Und in der That theilt Budd*) die Krankengeschichte eines 17jährigen Mannes mit, der wie bei Blutungen aus einem perforirenden Magen- oder Duodenalgeschwür an wiederholtem Blutbrechen litt, kurz darauf aber an der Cholera starb. Die Schleimhaut der Gallenblase fand man durch zahlreiche Geschwüre zerstört, sonst aber nichts, was als Quelle der Blutungen hätte gelten können.

Endlich liegen noch verschiedene Beobachtungen von Autoren über Blutungen in die Gallenwege vor, von denen ich hier einige anführen will.

Louis hat beim gelben Fieber einige Male die Gegenwart von flüssigem und geronnenem, mit Galle gemischtem Blut in den Gallenwegen constatirt.

Lebert fand unter 72 Fällen von Icterus gravis 5 Mal, dass die Gallengänge mit Blut ausgestopft waren.

Quinquaud berichtet auch noch von einem 42jährigen Mann, der mit ausgesprochener hämorrhagischer Diathese behaftet war, dass neben zahlreichen Ecchymosen in anderen Organen namentlich auch die Gallenblase durch Galle und besonders

*) Krankheiten der Leber. Deutsch von Henoch.

durch lockere Blutgerinnsel sehr stark ausgedehnt war. Die Leber jedoch war gesund. „Hier schien“, so sagt der betreffende Autor, „die Alteration des Blutes, resp. der Gefässwände, d. h. also die hämorrhagische Diathese, die einzige Ursache der Blutung zu sein.“

Lebert berichtet auch von einem Aneurysma der Leberarterie, welches in die Gallenblase eingebrochen war und Veranlassung zu massenhaften Blutungen in den Magen und Darmkanal gab. Hier war also die zufällige Communication eines grösseren Blutgefässes mit dem System der grösseren Gallengänge für die Blutungen verantwortlich zu machen.

Endlich hat man noch in einigen Fällen nach Contusionen, Sturz u. s. w. Blutbrechen und blutige Stühle beobachtet in Folge von Zerreissung grösserer Blutgefässe der Leber und benachbarter Gallengänge, wobei das Blut sich durch die Gallengänge in den Darm ergoss.

Noch ein Faktor scheint mir an dieser Stelle Erwähnung finden zu müssen, nämlich, dass man nach den übereinstimmenden Versuchsresultaten vieler Autoren jetzt ziemlich allgemein geneigt ist, die Hauptursache der schweren Erscheinungen bei Ikterischen in dem Einflusse der Gallensäuren auf die Gewebe zu suchen. Es ist durch das Experiment nachgewiesen, dass die gallensauren Salze, in das Blut gelangt, Stoffe von intensiv giftiger Wirkung sind. Sie bewirken nämlich Auflösung der rothen Blutkörperchen, Lähmung der Herzganglien (Pulsverlangsamung mit darauf folgender Beschleunigung — Abnahme des Blutdrucks), Lähmung der motorischen, sensiblen und vasomotorischen Centralorgane im Gehirn und Rückenmark, ferner Verminderung der Muskelerregbarkeit, körnige Trübung des Herzfleisches und der quergestreiften Muskeln, Veränderungen in den Drüsen, wie fettige Degeneration der Leberzellen und des Nierenepithels. Endlich fand man auch Hämorrhagien in verschiedenen Organen.

Hoppe constatirte bei Injectionen von cholalsaurem Natron bei Hunden Blutaustritte im Darmkanal und in den Nieren; Traube Ecchymosen in der Conjunctiva und im Humor aqueus und Lewitt Blutungen in verschiedenen Muskeln.

Ja, Gerhardt sagt geradezu: „Ob bei Icterus schwere

cholämische Erscheinungen sich bilden, hängt von der Concentration ab, die die Gallensäuren im Blute erlangen —."

Leyden äussert sich in seinem Werke „Beiträge zur Pathologie des Icterus" wie folgt: „Der Einfluss der Gallensäuren auf das Blut offenbart sich zuweilen durch das zwar seltene Auftreten von Eiweiss im Harn, sowie durch Neigung zu Blutungen, welche Symptome man selbst bei einfachem Icterus beobachtet; allerdings scheint es sich alsdann meist um sehr intensive Grade von Icterus zu handeln. Man beobachtet kleine Petechien auf der Haut, Ecchymosen der Conjunctiva und namentlich häufig Nasenbluten."

Wodurch diese Blutungen erzeugt werden, ist noch nicht sicher bekannt. Jedenfalls muss man einmal eine gewisse Alteration der Blutmischung und dann eine anomale Beschaffenheit der Blutgefässe selbst dafür verantwortlich machen, mag letztere nun in einer wirklichen Erkrankung der Wandung selbst, oder darin bestehen, dass der Contact mit einem in seiner chemischen Zusammensetzung veränderten Blute eine abnorme Permeabilität derselben für die Blutbestandtheile herbeiführt.

Die histologische Untersuchung der Gefässwandungen bei an Blutungen verstorbenen Icteruskranken hat bisher keine bestimmten Veränderungen zu Tage gefördert.

Und so wird auch mein Fall kein Licht in die noch dunkle Sache bringen, aber jedenfalls verdiente er, da nur wenig ähnliche Fälle, eigentlich nur der von Quinquaud angeführte, in der Litteratur bekannt sind, beschrieben zu werden.

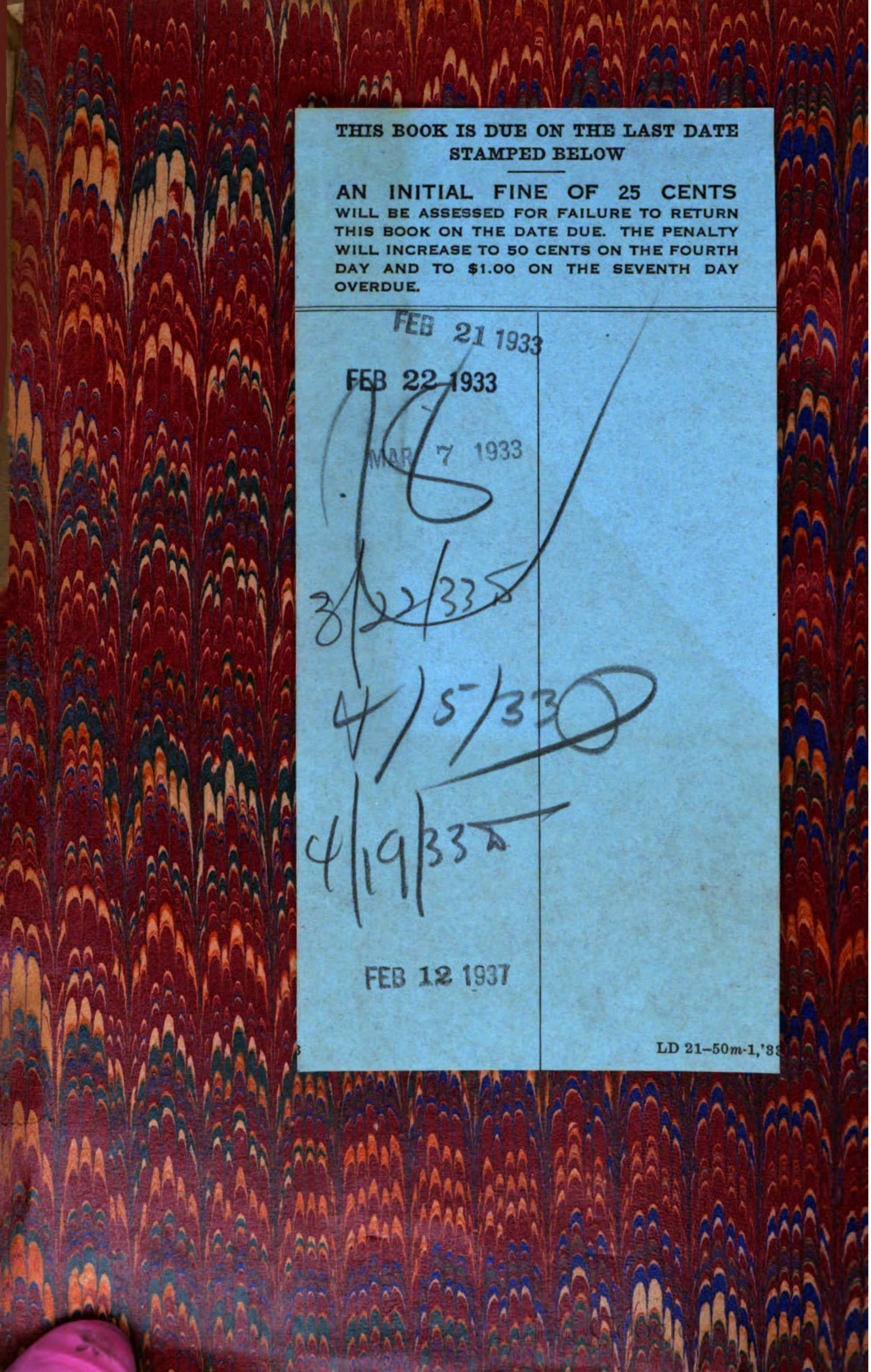
Wie schon zu Anfang gesagt, wird die klinische Diagnose der Hämorrhagien der Gallenwege stets ungemein schwierig sein und nur darauf basirt werden müssen, dass je nach Umständen des Falles eine Blutung des Magens und Darmkanals ausgeschlossen werden kann, während gewisse Symptome von Seiten der Leber vorliegen. Insbesondere wird man auf eine Geschwulst in der Gegend der Gallenblase, auf Schmerzen in der Gegend der Leber und Gallenblase, auf den Umfang der Leber und den Grad des Icterus zu achten haben.

Vorliegenden Fall überliess mir Herr Prof. Dr. Bollinger zu München gütigst zur Beschreibung.

Ihm, meinem hochverehrten Lehrer, sei an dieser Stelle der innigste Dank ausgesprochen.

Litteratur.

v. Ziemssen, Handbuch der Pathologie und Therapie.
Frerichs und Leyden, Zeitschrift für klinische Medicin.
Leyden, Beiträge zur Pathologie des Icterus.




FEB 22 1933
MAR 8 1933
MAR 22 1933
APR 5 1933
APR 19 1933
FEB 12 1937
Aitken
APR 19 1933
APR 19 1933
APR 19 1933
APR 19 1933
APR 19 1933
JAN 29 1937
UNIVER
RARY
YD00013
42608
AC831
J4
v.13

